

Om uw aanmelding te kunnen verzenden moet u van iedere vraag alle onderdelen beantwoorden. Blijft een vraag of onderdeel onbeantwoord dan kunt u dit formulier niet verzenden en kan de Levenseindekliniek uw aanvraag niet in behandeling nemen.

Waar in dit formulier over euthanasie wordt gesproken, wordt zowel hulp bij zelfdoding als euthanasie bedoeld, in verband met de leesbaarheid is gekozen om slechts één van de termen te gebruiken.

Door middel van dit formulier krijgt de Levenseindekliniek een zo compleet mogelijk inzicht in uw hulpvraag. Ook als vragen over de uitvoering van euthanasie worden gesteld betekent dit niet dat het daadwerkelijk tot uitvoering zal komen. Het onderzoek moet uitwijzen of aan de wettelijke criteria wordt voldaan.

---

**Voor wie is de aanmelding bestemd, wie is de hulpvrager?**

Voornaam: \_\_\_\_\_

Tussenvoegsel(s): \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_ M / V

Meisjesnaam: \_\_\_\_\_

Straat: \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

---

**Persoonlijke gegevens van de hulpvrager**

Burgerlijke staat:  Gehuwd  Samenwonend  Alleenstaand  Weduwnaar / weduwe

Kinderen (en woonplaatsen): \_\_\_\_\_

Nationaliteit: \_\_\_\_\_

Ingezetene van Nederland ?  JA  NEE

Als ingezetene van Nederland staat u ingeschreven in een Nederlandse Gemeentelijke Basisadministratie.

BSN nummer: \_\_\_\_\_

Ziektekostenverzekering, naam: \_\_\_\_\_

- Polisnummer: \_\_\_\_\_

---

**Hoe is uw woonsituatie?** (één mogelijkheid kiezen)

- Zelfstandige woning
- Beschermd woonvorm
- Zorginstelling (bv verzorgings-, verpleeg- of ziekenhuis)
- GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) instelling
- Anders, .....

Indien van toepassing naam en plaats van instelling: .....

---

**Huisarts**

Voorletters: ..... M / V

Naam: .....

Adres: .....

Postcode en woonplaats: .....

Telefoonnummer: .....

---

**Apotheek**

Naam Apotheek: .....

Naam Apotheker: ..... M / V

Adres: .....

Postcode en woonplaats: .....

Telefoonnummer: .....

---

**Bent u onder behandeling van een:** (meerdere keuzes mogelijk)

- Psycholoog
- Geriater
- Psychiater
- Pijnteam of pijnpolikliniek
- Specialist: welk specialisme: .....  
(bijvoorbeeld Internist, Cardioloog, Longarts, enz.)

Anders, namelijk: .....

---

**Wat is de reden van uw verzoek om hulp bij levensbeëindiging?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wat is de reden om dit juist bij de Levenseindekliniek te doen?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Heeft een arts een diagnose gesteld van een ziekte, die leidt tot uw euthanasieverzoek?**

JA      Welke ziekte: \_\_\_\_\_

---

---

---

Datum van diagnose: \_\_\_\_\_

NEE

---

**Waaruit bestaat het lijden?** (meerdere keuzes mogelijk)

- Lichamelijke aftakeling/krachtverlies
- Pijn
- Psychisch lijden (langdurig)
- Verlies van autonomie/ verlies van regie over eigen leven
- Verlies van vermogen sociale contacten te onderhouden
- Verlies van geestelijke vermogens
- Verwardheid
- Verlies van zintuiglijke functies (bijvoorbeeld doof- of blindheid)
- Verlies van waardigheid
- Eenzaamheid
- Uitzichtloosheid
- Onthechting
- Benauwdheid
- Misselijkheid
- Moeheid
- Bedlegerigheid
- Anders, namelijk: .....

---

**Is er sprake van een lichamelijke ziekte, die niet te genezen is?**

- JA
- NEE

---

**Wilt u hiervoor nog behandeld worden?**

- JA
- NEE

---

**Is er sprake van psychisch lijden zonder redelijk (behandelings) perspectief?**

JA

NEE

---

**Wilt u hiervoor nog behandeld worden?**

JA

NEE

---

**Heeft u de wens tot levensbeëindiging op korte termijn?**

JA

NEE

---

**Hoe lang bestaat bij u de wens tot levensbeëindiging al? (één mogelijkheid kiezen)**

Sinds een paar weken

Sinds een half jaar

Langer dan een half jaar

Jarenlang

Anders: .....

---

**Heeft u deze wens recent of in het verleden besproken met uw eigen huisarts?**

*Als u uw euthanasiewens nog niet met uw eigen huisarts besproken hebt, kunnen wij uw aanmelding niet in behandeling nemen. Wij kunnen u alleen helpen als uw eigen huisarts daartoe niet bereid is.*

JA

NEE

Toelichting: .....

---

**Is uw eigen huisarts bereid op uw verzoek tot levensbeëindiging / euthanasie in te gaan?**

(één mogelijkheid kiezen)

- JA
- NEE, mijn arts geeft de voorkeur aan palliatieve sedatie
- NEE, mijn arts vindt het nog te vroeg
- NEE, mijn arts is er nog niet aan toe
- NEE, mijn arts heeft het nog nooit gedaan
- NEE, mijn arts is alleen bereid het te doen in de terminale fase
- NEE, mijn arts ziet nog mogelijkheden om te behandelen, die ik niet (meer) wil
- NEE, mijn arts vindt dat er sprake is van depressiviteit
- NEE, mijn arts weigert erover te praten
- NEE, omdat er geen goede relatie met mijn arts is

---

**Heeft u het met uw specialist over uw euthanasieverzoek gesproken?**

- NEE
- JA, met als uitkomst: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Is uw specialist bereid op uw verzoek tot levensbeëindiging / euthanasie in te gaan?** (één mogelijkheid kiezen)

- JA
- NEE

---

Is uw arts op de hoogte van uw aanmelding bij de Levenseindekliniek? (één mogelijkheid kiezen)

JA

NEE Omdat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Is uw familie op de hoogte van uw aanmelding bij de Levenseindekliniek? (één mogelijkheid kiezen)

JA

NEE Omdat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

***De Levenseindekliniek voert het voortraject en de uitvoering van de euthanasie in principe bij u thuis uit, door een team van een arts en een verpleegkundige in uw regio.***

***Kunnen deze gesprekken bij u thuis gevoerd worden?***

*(één mogelijkheid kiezen)*

JA

NEE, deze gesprekken kunnen gevoerd worden bij (naam, relatie en adres): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Om uw verzoek goed te kunnen beoordelen, heeft de Levenseindekliniek aanvullende medische gegevens nodig heeft. Bent u bereid om een machtiging af te geven om deze gegevens bij uw behandelend arts op te vragen? (één mogelijkheid kiezen)

JA, (een machtiging is bijgevoegd, vult u deze volledig in, en stuur deze mee met dit aanmeldingsformulier)

NEE, omdat

.....  
.....  
(dit betekent dan wij uw verzoek niet in behandeling kunnen nemen)

## Heeft u een:

Schriftelijk euthanasieverzoek:

JA, datum: .....

NEE

Schriftelijk behandelverbod/niet reanimeerverklaring:

JA, datum: .....

NEE

Schriftelijke volmacht:  JA, mijn gevolmachtigde is: .....

datum: .....

NEE

## NVVE lidmaatschap

(Het lidmaatschap van de NVVE is geen voorwaarde voor aanmelding bij de Levenseindekliniek)

Bent u lid van de NVVE?

JA

Lidnummer (indien bekend):

NEE

Hebt u een contactpersoon bij de NVVE?

JA

Naam:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

NEE



---

**Dit formulier is ingevuld door:**

Hulpvrager zelf  JA (In dit geval kunt u verder gaan naar "Ondertekening").

NEE (Vult u hieronder uw gegevens in).

Naam: \_\_\_\_\_ M / V

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Relatie tot hulpvrager  Echtgenoot / Echtgenote / Partner

(één mogelijkheid kiezen)

Zoon / dochter

Arts: \_\_\_\_\_

(Stuurt a.u.b. een uitdraai van de relevante delen van het journaal en relevante specialistische brieven mee)

Anders: \_\_\_\_\_

Treedt u op als contactpersoon voor  JA De Levenseindekliniek neemt met betrekking tot deze aanmelding  
aanmelder? met u contact op.

NEE De Levenseindekliniek neemt met de hulpvrager rechtstreeks contact  
op.

---

## Disclaimer

Door het versturen van deze aanmelding stemt u er mee in dat deze gegevens en de gegevens in het vervoltraject vastgelegd worden in het elektronische patiëntendossier van de Stichting Levenseindekliniek.

Door het versturen van deze aanmelding stemt u er tevens mee in dat deze gegevens en de gegevens in het vervoltraject anoniem gebruikt mogen worden voor wetenschappelijke doeleinden.

Door het ondertekenen van deze aanmelding stemt u er voorts mee in dat deze gegevens worden verwerkt en behandeld door medewerkers van de Levenseindekliniek, die zich allen tot geheimhouding van deze gegevens verplicht hebben.

---

## Ondertekening (door hulpvrager)

Voorletters en achternaam: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

---

## Verzending

Als u dit formulier volledig hebt ingevuld en ondertekend, stuurt u dit dan samen met:

- Een ondertekend machtigingsformulier
- Een kopie van een identiteitsbewijs
- Wilsverklaringen (euthanasie, niet behandelen, enzovoort)

in een voldoende gefrankeerde envelop naar:

**Stichting Levenseindekliniek**

**Postbus 13480**

**2501 EL Den Haag**

**Fax: 070 351 4906**

Hebt u vragen over dit formulier belt u dan tijdens kantooruren (09:30 -12:00 en 13:30 - 16:30 uur) met 070 352 4141.

**MACHTIGING OPVRAGEN MEDISCHE GEGEVENS**

Hierbij machtig ik,

Naam (hulpvrager) : Voorletters: Naam: \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
BSN nummer : \_\_\_\_\_

De **Stichting Levenseindekliniek**, Postbus 13480, 2501 EL Den Haag  
Telefoon: 070 352 4141, E-mail: [info@levenseindekliniek.nl](mailto:info@levenseindekliniek.nl)

om in het kader van mijn aanmelding bij de Levenseindekliniek mijn medische gegevens op te vragen bij:

**Mijn huisarts:**

Naam : Voorletters: Naam: M / V \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
Faxnummer : \_\_\_\_\_

**En/of bij behandelend arts / specialist:**

Naam : M / V \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_  
Functie : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
Faxnummer : \_\_\_\_\_

---

**En/of bij behandelend arts / specialist:**

Naam : ..... M / V

Adres : .....

Postcode en woonplaats : .....

Functie : .....

Telefoonnummer : .....

Faxnummer : .....

---

**En/of bij de NVVE (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde):**

Lid-nummer : .....

Contactpersoon – naam : .....

- Telefoon : .....

- E-mailadres : .....

---

**Doel van de machtiging:**

De Levenseindekliniek mede op basis van mijn medisch dossier een goede en zorgvuldige afweging te kunnen laten maken met betrekking tot mijn euthanasieverzoek.

---

**Geldigheidsduur van de machtiging:**

Tot en met het eventuele onderzoekstraject

**Datum:** .....

**Naam:** .....

**Handtekening:**

(van de hulpvrager)

.....